FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

ANNÉE 1971 1972 N° 109

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Jean-Pierre FAVIER

né le 24 mai 1944 à CLICHY

présentée et soutenue publiquement le 1972

DU SACRIFICE DE L'AURICULAIRE DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

Président M. CHIGOT, Professeur

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

-=-=-=-=-

ANNEE 1971 N°

-=-=-=-=-=-

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Jean-Pierre FAVIER

né le 24 mai 1944 à CLICHY

présentée et soutenue publiquement le

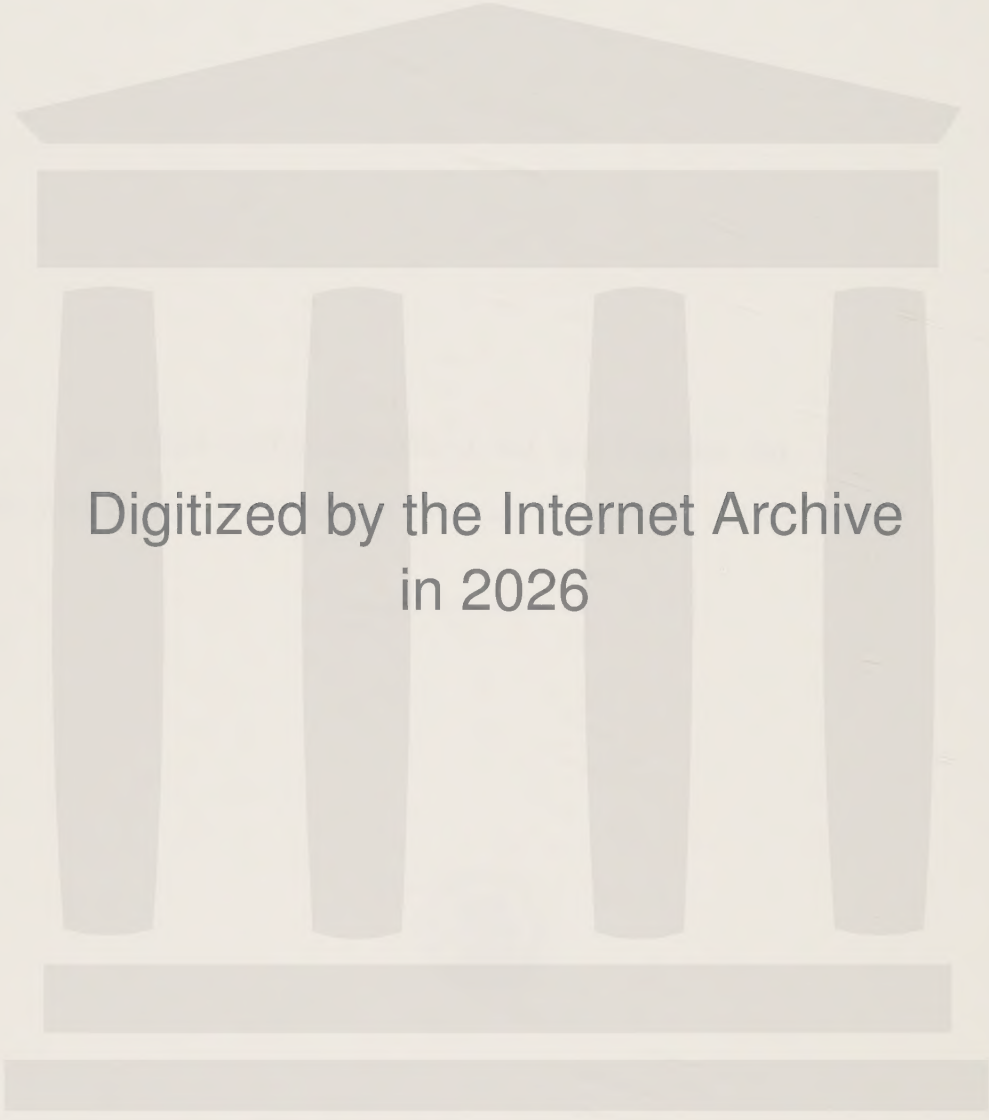
DU SACRIFICE DE L'AURICULAIRE DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

Président M. CHIGOT, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DU SACRIFICE DE L'AURICULAIRE DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

-=-=-=-=-=-


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543517_0042

I N T R O D U C T I O N

Ce modeste travail veut justifier et décrire une aponévrectomie palmaire avec amputation de l'auriculaire, qui peut paraître rustique à une époque où les efforts de chirurgiens spécialisés concourent à améliorer les résultats encore décevants de la chirurgie de la maladie de DUPUYTREN. Nous pensons qu'elle garde des indications dans certaines formes invétérées, chez le manuel où la fonction importe plus que la forme, chez l'humble pour qui, malgré nos lois sociales, un arrêt de travail prolongé et une longue rééducation sont un luxe parfois inaccessible.

DESPLAS, naguère, décrivit cette opération. Pionnier de la chirurgie de la maladie de DUPUYTREN, son souvenir aujourd'hui est bien effacé. Le raviver est sans doute la motivation première de ce petit travail.

°

° °

HOMMAGE A BERNARD DESPLAS

-=-=-=-=-=

Voici quelques années les ouvrages didactiques traitant de la maladie de DUPUYTREN citaient encore DESPLAS. Pour fustiger le lambeau en pont qu'en 1931-1932 il décrivit avec MEILLIERE. On idôlatrait alors Mac INDOE, dont l'incision aujourd'hui est considérée incommode, voire néfaste. On fait des incisions longitudinales prolongées aux doigts ; volontiers on les dédouble, si les lésions aponévrotiques sont étendues, en décollant la peau qui les sépare. Certes leur tracé est ondulé. Mais on ne peut s'empêcher de leur trouver une certaine filiation avec le lambeau en pont de DESPLAS.

Ce lambeau en pont, seul retenu par une courte postérité, ne résumait pas son enseignement. En 1944-1945, riche d'une expérience acquise de 150 cas (chiffres modestes certes face aux 807 cas de SKOOG, aux 750 de MILESI, aux plus de 500 de Jean GOSSET, mais c'était à l'époque la plus grande statistique française), il expose avec TOSTIVINT des conceptions nouvelles, alors originales.

Il dénonce le dogme de l'aponévrectomie totale de système, estimant "inutile et dangereux... de faire une intervention large injustifiée, alors qu'une intervention limitée aux seules zones pathologiques donne autant de garantie de succès". Il propose une aponévrectomie à la demande des lésions, qui n'est autre que l'aponévrectomie sélective recommandée par SKOOG, BRUNER, HUERTON, pratiquée ordinairement par TUBIANA et THOMINE, reconnue par HAKSTIAN moins dangereuse que la fasciectomie dite totale.

Le premier, sans doute, grâce aux dissections de pièces d'amputation faites par NEYRAUD, il décèle le rôle

.../

des brides latérales digitales dans la flexion de l'I.P.P. "Après exérèse des plans superficiels, libération du tendon extenseur et des deux tendons fléchisseurs, la flexion reste identique et toujours irréductible. On constate alors l'existence de deux brides fibreuses épaisses, larges, nacrées, latéro-articulaires, unissant la 2ème et la 1ère phalanges et se présentant morphologiquement comme un épaississement avec rétraction de la gaine fibreuse digitale à ce niveau. La section de ces deux brides fibreuses latérales permet l'extension complète de la 2ème phalange sur la 1ère permettant ainsi de caractériser leur rôle primordial dans la flexion des doigts atteints".

Certes, comparée à la description magistrale qu'à fait Jean GOSSET des lames aponévrotiques latérales des doigts, cette étude est rudimentaire. C'était néanmoins mettre l'accent sur le rôle capital de ces formations.

Il insiste sur l'importance du terrain : "plus j'accumule de faits, plus je deviens difficile quant aux indications. Je crains les mauvais résultats quand il s'agit de mains froides, suantes, acrocyaniques, chez des sujets fragiles qui accusent des engelures et des réactions vasomotrices marquées aux changements de température... D'autre part, ne jamais négliger la recherche des tests syringomyéliques, tabétiques, parkinsonniens et ceux de la sclérose en plaque".

Il reconnaît à la peau pathologique un rôle "non négligeable dans les échecs après intervention". Il préconise dans les cas où l'atteinte cutanée est sévère l'excision de cette peau, assurant la couverture par des greffes. Celles-ci, admises au doigt quand une plastie en Z n'est pas suffisante (TUBIANA et THOMINE) n'est plus guère pratiquée à la paume.

Mais le sacrifice d'un doigt, spécialement du 5ème, dépouillé de sa peau, est une solution à ce problème cutané. DESPLAS le conseillait dans des formes sévères. Nous lui reconnaissons la paternité de l'opération que nous décrivons.

.../..

Nous avons conscience de la vanité d'une telle exégèse ! qui se soucie de l'inventeur de la roue ? Chacun d'ailleurs se borne à apporter une pierre à l'édifice collectif.

Mais peut-être, en un temps où sont contestées des valeurs traditionnelles, il nous sera pardonné un témoignage de piété envers un Maître dont l'originale personnalité a marqué ses élèves. Non seulement dans le domaine étroit de la technique, mais aussi dans une vue des hommes et des choses.

-=-=-=-

RAPPEL ANATOMIQUE

La connaissance est nécessaire des différentes formations aponévrotiques de la paume et des doigts pour aborder le traitement de la maladie de DUPUYTREN. Jean GOSSET en a fait une description magistrale, dont nous retiendrons :

1°) A la paume.- Les fibres longitudinales de l'aponévrose palmaire seules importent, condensées en trousseaux prétendineux, d'où partent les cloisons sagittales de JUVARA et LEGUEU, destinées à l'aponévrose palmaire profonde, séparant les loges tendineuses de loges intertendineuses où cheminent les vaisseaux et nerfs digitaux.

2°) Aux doigts existe de chaque côté une lame latérale digitale :

- au niveau de la 1ère phalange, formée de fibres essentiellement verticales, elle présente un bord antérieur libre et un bord postérieur d'où partent des fibres obliques venant sangler superficiellement l'appareil extenseur. Elle est superficielle par rapport aux vaisseaux et nerfs collatéraux palmaire.

.../...

- au niveau de l'interligne interphalangien proximal naissent

  - de sa face profonde une expansion au ligament latéral de l'I.P.P., postérieure par rapport au paquet vasculo-nerveux ;
  - de son bord antérieur un trousseau qui croise en avant ce paquet pour se fixer, presque médian, sur la gaine fibreuse des tendons fléchisseurs. Ainsi le paquet vasculo-nerveux passe dans un tunnel fibreux, où il court d'importants risques au cours d'une dissection en tissus pathologiques.

- au niveau de la deuxième phalange elle se prolonge sous forme d'une bandelette latérale solide, née de l'expansion antérieure précédente, se terminant sur l'articulation inter-phalangienne distale. Ses fibres postérieures, qu'on a pu artificiellement isoler en un ligament de LANDSMEER, sont en continuité avec les expansions latérales de l'extenseur, et viennent former à cet extenseur une sangle postérieure.

3°) A la jonction palmo-digitale :

- la bifurcation, en avant du col métacarpien, des bandelettes pré-tendineuses, donne naissance aux lames latérales digitales. Chacune subit une torsion qui, de frontale, la rend sagittale, et plonge en profondeur : elle adhère à la face latérale de l'articulation métacarpo-phalangienne avant de s'engager à la face latérale du doigt. Son bord postéro-supérieur est en continuité avec les lames sagittales de LEGUEU et JUVARA.

- le ligament palmant interdigital émet des fibres profondes, formant un solide tractus fixé à la gaine tendineuse au niveau de la base de la 1ère phalange. Latéralement, elles forment une arche en avant du paquet vasculo-nerveux collatéral, né de la bifurcation haute du nerf digital, basse de l'artère. Au niveau de l'espace commissural, partent des fibres divergeantes, les unes en dehors, les autres en dedans, allant respectivement rejoindre la lame latérale digitale correspondante de chacun des doigts

.../...

limitant l'espace. Existe là un véritable chiasma fibreux.

- le pédicule collatéral à la paume est externe (rapporté à l'axe métacarpo-digital) par rapport au trousseau prétendineux et aux cloisons de LEGUEU et JUVARA. Au niveau de l'interligne métacarpo-phalangien il précroise l'origine des bandelettes latéro-digitales et, au doigt, leur devient interne. Il est passé sous l'arche du ligament palmant. La connaissance de cette disposition est indispensable à l'opérateur pour l'intelligence du trajet des vaisseaux et des nerfs au sein des formations fibreuses pathologiques.

°
° °

DE LA FLEXION DES DOIGTS

Elle est, dans la maladie de DUPUYTREN, essentiellement liée à l'infiltration par un processus de sclérose rétractile des formations fibreuses de la paume et des doigts.

- La rétraction de la bandelette prétendineuse palmaire tirant sur la 1ère phalange par sa terminaison bifurquée adhérante à la capsule articulaire ne fléchit que la métacarpo-phalangienne. Si seuls les éléments frontaux sont atteints, une simple fasciectomie assure le redressement du doigt. Elle a été préconisée, mais ses résultats lointains semblent, à la plupart des auteurs, aléatoires.

Souvent existe une prise de la cloison sagittale de JUVARA et LEGUEU. Epaisse, elle forme une corde qui tire sur la branche de bifurcation de la bandelette pré-tendineuse. Sa résection est nécessaire.

De même que celle d'un nodule médian palmaire digital en continuité en haut avec le faisceau pré-tendineux, en bas avec l'origine du ligament rétinaculaire de LANDSMEER, et contribuant à légèrement fléchir la 2ème phalange.

- La rétraction de la lame latéro-digitale forme une bride latérale, ordinairement associée et prolongeant une corde palmaire, se terminant médiane en avant de l'interligne inter-phalangien proximal et sur les flancs de l'I.P.P. Elle fléchit fortement la 2ème phalange sur la 1ère. Sa traction sur les fibres postérieures fusionnées avec les bandelettes de l'extenseur entraine dans les cas sévères une hyperextension de la 3ème phalange.

Parfois existe une corde commissurale en Y. Son origine est une cloison de LEGUEU et JUVARA, puis le processus atteint le chiasma commissural. En partent deux brides, destinées chacune à l'un des doigts limitant l'espace, répondant à leur lame latérale digitale et fléchissant leur inter-phalangienne proximale.

.../...

Les travaux modernes ont confirmé le rôle capital des lames latéro-digitales, pressenti dès 1944 par DESPLAS et NEYRAUD dans la thèse de TOSTIVINT. La résection de ces formations est nécessaire au redressement du doigt. Elle s'opère par des incisions digitales, que, plutôt que latérale il vaut mieux faire palmaire, quand, ce qui est ordinaire, les deux lames d'un même doigt sont atteintes par la fibrose. On peut y brancher une plastie en Z quand existe un manque de peau.

Cependant, il est des cas invétérés où la résection de ces formations ne permet pas le redressement du doigt, spécialement au niveau de l'interphalangienne proximale. Sur 112 malades, HUESTON l'observe 26 fois.

Un facteur osseux, nous dit-on, est rare. Nous l'avons cependant observé (OBS n° VI) sous forme d'un sillon transversal creusé sur la tête de la 1ère phalange, où s'encastrait le bord antérieur de la base de la 2ème phalange, érodée à sa partie postérieure, irréductiblement fixée en flexion même après incision capsulo-ligamentaire. Une résection osseuse expose à l'instabilité. Le seul recours pourrait être une arthrodèse de l'I.P.P. Chez le manuel, elle nous parait peu fonctionnelle. La longue immobilisation qu'elle impose est facteur de raideur dans les autres articulations. Ce n'est pas une heureuse solution.

Le plus souvent existent d'autres facteurs que CURTIS précise. Il reconnait les raisons anatomiques suivantes :

1°) manque de peau à la face palmaire du doigt.
2°) rétraction du fascia du doigt.
3°) rétraction de la gaine des tendons fléchisseurs
4°) contraction des muscles fléchisseurs ou adhérences tendineuses.
5°) rétraction du fibro-cartillage palmaire de l'I.P.P.

.../...

6°) adhérences entre le ligament rétinaculaire et les ligaments latéraux, ou raccourcissement du rétinaculaire.

7°) adhérences entre le ligament latéral accessoire et le col de la 1ère phalange.

Il préconise, quand l'excision fasciale seule ne suffit pas pour relâcher les tissus rétractés, la section du fibro-cartillage palmaire de chaque côté du tendon fléchisseur ainsi qu'une partie du ligament latéral accessoire. Si cela ne suffit pas, la section des rétinaculaires. Si cela ne suffit pas, la résection totale du fibro-cartillage palmaire, d'une partie de la gaine des fléchisseurs, du tendon rétracté du fléchisseur superficiel. Un allongement du fléchisseur profond, à l'avant bras, a été également réalisé. Car, ainsi que Jean GOSSET l'a constaté, peut exister une rétraction des tendons.

TUBIANA et THOMINE, quand la fasciectomie s'avère inefficace, s'assurent d'abord du rôle de la gaine fibreuse des fléchisseurs ; ils la fendent transversalement en avant de l'I.P.P. Si cette manoeuvre est inopérante, ils l'excisent partiellement. Si la gaine s'avère ne pas être en cause, ils estiment devoir tenter une "arthrolyse", qui doit rester extra-articulaire, et réaliser, dans l'ordre : la section des ligaments accessoires phalango-glénoïdiens au voisinage de leur insertion phalangienne ; puis la libération proximale du fibro-cartillage glénoïdien. Aller plus loin, en sectionnant les ligaments latéraux, en excisant le fibro-cartillage, expose à l'enraidissement et à l'instabilité.

Ces interventions conservatrices, de capsulotomie latérale ou antérieure plus ou moins étendue, ont toujours, estime Jean GOSSET, des résultats très médiocres.

S'efforcer par des tractions post-opératoires ou des plâtres de compléter un redressement incomplet est fort dangereux pour la fonction, qui exige une mobilisation précoce. Il existe, reconnaissent TUBIANA et THOMINE, un risque

.../...

de raideur en extension, beaucoup plus gênant que la déformation primitive : le défaut de flexion est bien pire, fonctionnellement, que le défaut d'extension.

Il existe donc, dans les cas invétérés, des limites aux possibilités du traitement conservateur. Certes l'âge, les conditions sociales, le métier du patient doivent entrer en ligne de compte dans l'attitude à prendre. Chez le travailleur manuel, nous pensons illusoire de tenter de garder un doigt qui, même au prix d'une longue rééducation, sera un mauvais outil. L'amputation est légitime. Plus, c'est la seule solution raisonnable.

°

° °

DU PROBLEME CUTANE

"L'importance accordée aux lésions aponévrotiques de la maladie de DUPUYTREN est excessive et a fait dangereusement passer au second plan l'attention à apporter aux lésions cutanées. Or celles-ci sont responsables d'un grand nombre de complications post-opératoires et peut-être de récidives (LEXER, HUESTON)".

Ainsi s'expriment TUBIANA et THOMINE.

Les récidives sont très fréquentes. HASKIAN, analysant les statistiques "au long court" de Mac INDOE en trouve dans 51% des cas opérés par ce prestigieux opérateur. Certes on peut imputer ces récidives au caractère incomplet de la résection aponévrotique : même les plus larges "usurpent" la dénomination d'aponévrectomie totale (TUBIANA et THOMINE). Cependant se pose le rôle de la peau pathologique dans la génèse de ces récidives.

Pour HUESTON le point de départ de la maladie et des récidives se situe dans les coussinets adipeux hypodermiques où existe un riche réseau de capillaires et d'artères à parois épaissies, présentant des "segments d'arrêt" entourés d'une prolifération histiocyto-fibroblastique.

NEZELOFF voit là plutôt un territoire d'extension de la lésion qu'un foyer autonome évoluant pour son propre compte.

SKOOG ne voit dans l'atteinte cutanée que le résultat de la rétraction mécanique des éléments fibreux sous-jacents.

Nous versons au dossier notre observation n° V. Sans commentaire car il serait présomptueux de vouloir, d'un seul cas, tirer des conclusions.

.../...

Il s'agissait d'une corde rétractant fortement le Vème, associée à un nodule palmaire en regard du IIIème non rétracté. Existait à la partie basse de la corde un fort capiton cutané. La peau fut excisée, et pratiquée une fasciectomie sélective respectant les fibres du IIème. La peau du Vème désarticulé recouvrit la perte de substance cutanée.

Deux ans plus tard, le résultat fonctionnel est excellent. Mais existe une récidive, en nodule allongé à la partie haute de la paume là où l'aponévrose avait été excisée et la peau conservée. Au niveau de l'excision cutanée, la souplesse est parfaite. La limite inférieure du nodule répond très précisément à la jonction bien identifiable de la peau palmaire conservée, et du lambeau dorsal issu du Vème amputé.

Quoiqu'il en soit, avec LITTLER, on doit reconnaître que "les relations entre le fascia et le derme sont si étroites que la séparation chirurgicale peut être difficile dans les cas évolués". "La peau et l'aponévrose ne font qu'un, ce qui rend la séparation difficile, voire impossible, et la survie précaire". Il peut y avoir nécessité d'excision de la peau envahie. DESPLAS la conseillait : "le traitement cutané ne doit pas être à tout prix conservateur et l'excision a son indication en cas de prise massive de l'aponévrose et de la peau".

Si le point de départ cutané de récidives reste à établir, par contre l'incidence des complications post-opératoires sur la qualité du résultat est indiscutable. TUBIANA et THOMINE, sur les 25 mains de leur série dont la correction a été inférieure à 50%, en ont observé 18 qui, plus que des formes sévères, ont été des cas compliqués dans les suites opératoires. Les plus fréquentes après l'hématome, les complications cutanées sont les plus graves. Sur 195 aponévrectomies larges, 20 désunions furent 5 fois suivies de sequelles graves. Pire est la nécrose cutanée, surtout à la paume, santionnant 20% des lambeaux en L et 5% des incisions transversales. Aussi ces auteurs préconisent des incisions longitudinales, ondulées ou en Zig-zag, évitant des angles aigus. La douceur et l'expérience de l'opérateur comptent beaucoup. Mais "une peau peu épaisse et mal vascularisée sanctionne par une nécrose le moindre lambeau... Nous

.../...

restons désarmés devant la rétraction cutanée et les risques que fait courir un mauvais état trophique des téguments".

Existe l'obstacle qu'une peau trop courte oppose au redressement du doigt. Au niveau des phalanges, une plastie en Z est souvent possible, grâce à une mobilisation des lambeaux qu'autorise un décollement poussé loin en arrière, jusqu'à la peau dorsale souple du doigt. De plus une greffe libre sur la première phalange est acceptable. Existe aussi la possibilité d'un lambeau de rotation digital. Mais, à la paume, le gain obtenu par un décalage des sutures d'une incision ondulée ou, pour les incisions proches du bord cubital, la mobilisation de la peau hypothénarienne, reste médiocre.

Que soit admise la légitimité de l'excision cutanée recommandée par DESPLAS dans les formes circonscrites ou diffuses avec "envahissement cutané" ; qu'elle soit une nécessité reconnue dans certaines formes primitives ou récidivées (LITTLER, SKOOG, HUERTON chez le sujet jeune porteur de lésions très évolutives ou dans les récidives) ; qu'existe une brièveté cutanée importante, se pose à la paume le difficile problème du comblement d'une perte de substance. Les transpositions de lambeaux y sont difficiles et dangereuses. Restent les greffes libres. DESPLAS, il y a vingt cinq ans, restait fidèle aux greffes de THIERSCH. Aujourd'hui on préfère les greffes épaisses de peau totale. On peut estimer aléatoire leur prise, en raison du mauvais sous-sol et d'une hémostase incertaine. En fait, s'il persiste un mince filet celluleux recouvrant les fléchisseurs et leur gaine, leur viabilité est probable. Le problème est surtout celui de la qualité de ces greffes : elles réalisent un

.../...

tégument mince, volontiers adhérant aux plans profonds, insensible, voué à une rétraction secondaire, véritable phénomène de "peau de chagrin" qui, dans la réparation de pertes de substances aux extrémités des doigts peut être bénéfique en rétrécissant la zone de peau non fonctionnelle, mais qui, à la paume, crée des remaniements fâcheux. Avec Mortimer SHAW nous ne pensons pas qu'elles soient une bonne solution.

Or "le sacrifice du 5ème doigt, parfois nécessaire dans certaines récidives avec raideurs articulaires, permet de disposer pour la paume d'un lambeau largement vascularisé grâce à la conservation de la peau du doigt avec ses pédicules" (TUBIANA et THOMINE).

Depuis longtemps DESPLAS l'a utilisé, non seulement dans les récidives, mais dans des formes primitivement graves, invétérées.

Nous posons la question : ne faut-il pas dans certaines formes à atteinte cutanée sévère, même si la fasciectomie palmaire et digitale entraine un redressement correct du 5ème doigt, sacrifier délibérément celui-ci pour assurer la couverture par une peau saine de l'excision systématique de la peau pathologique ? Notre expérience est trop courte pour oser y répondre.

o

o o

DU "GENIE" DU Vème DOIGT

DESPLAS l'affirmait maléfique. L'atteinte de l'auriculaire était pour lui de fâcheux pronostic.

Dans les formes diffuses, ordinairement le 5ème doigt est le plus atteint. Sur lui plus que sur les autres doigts sont observés les stades IV ou DH de TUBIANA, MICHON et THOMINE. Il est donc normal que le résultat de l'opération soit moins bon sur le doigt le plus déformé.

Mais même dans les formes localisées à un axe métacarpo-digital, l'atteinte de l'auriculaire est plus grave que celle d'un autre doigt. Dans la thèse de TOSTIVINT, DESPLAS note 6 récidives précoces sur 12 cordes isolées du 5ème doigt, alors que 42 cordes ou nodules du IVème et 6 du IIIème ne lui apportèrent que 5 échecs.

Les mauvais esprits peuvent penser que ces résultats fâcheux résultent de la méconnaissance d'une bride interne propre à l'auriculaire. "En plus des formations fibreuses identiques à celles des autres doigts, il existe presque constament une bride latérale interne, superficielle par rapport au paquet vasculo-nerveux interne, tendue entre le fascia digital de la première phalange et l'aponévrose hypothénarienne, adhérant intimement au tendon de l'adducteur du 5ème doigt. Cette formation, parfois très épaisse, maintient la métacarpo-phalangienne du 5ème doigt rétractée" (TUBIANA et THOMINE).

Jean GOSSET la nomme lame digitale interne de l'auriculaire, et la décrit naissant sur la face antérieure du tendon terminal de l'adducteur du 5ème doigt. Ses fibres se croisent avec les fibres terminales du ligament palmant, mais remontent beaucoup plus haut sur l'aponévrose hypothénarienne.

On conçoit que l'ignorance de cette bride, et son respect au cours de l'opération, empêchent le redressement du

.../...

doigt. Mais il est plus difficile de lui imputer une récidive quand l'intervention avait pu totalement corriger la déformation.

On doit rechercher autre chose. Il semble que l'atteinte du 5ème doigt est plus fréquente associée à la prise d'autres doigts qu'isolée : DESPLAS et TOSTIVINT l'observèrent 35 fois contre 12. Alors que l'annulaire, le plus fréquemment atteint, 42 fois l'était isolément, 48 fois en association. Peut-être le "taux d'activité" (MILLESI) des formes pluri-digitales est plus élevé que dans les formes uni-digitales.

Mais peut-être aussi, relevant de facteurs qui nous sont inconnus, les localisations au 5ème doigt ont une évolutivité plus grande que les autres. HUESTON rejoint ce point de vue : "lorsque les lésions existent sur le côté cubital, l'aggravation est au contraire rapide. Cela est peut-être dû à la faiblesse de l'extension et à la force de la flexion réservée à la préhension de force". Il conseille l'ablation rapide des nodules du 5ème doigt. Il conseille d'étendre les indications des greffes de peau dans cette localisation. Il lui reconnait une impossibilité de correction quand apparait la déformation en extension de la 3ème phalange.

LITTLER observe au 5ème doigt avec une particulière fréquence, l'impossibilité de redresser l'interphalangienne proximale par la résection aponévrotique.

Ainsi peut-on penser légitime de sacrifier ce doigt, dont l'atteinte est grave et de pronostic réservé, au bénéfice des doigts voisins moins réfractaires à la thérapeutique.

° ° °

DES INDICATIONS AU SACRIFICE DU 5ème DOIGT

Il est communément admis, dans des cas exceptionnels spécialement dans les formes récidivées affectant ce doigt (TUBIANA et THOMINE). HUESTON le reconnait nécessaire devant certaines formes irréductibles. ISELIN, dans son IVème degré (qui répond au stade IV DH de TUBIANA et THOMINE) admet la nécessité d'une amputation avec "cheiroplastie". HASKIAN signale que Mac INDOE a 10 fois associé son amputation à une aponévrectomie sur 87 cas. Ce pourcentage, entre les mains d'un opérateur réputé, est élevé et confirme le bien-fondé, dans les cas graves, d'une opération mutilatrice que voici plus de vingt cinq ans DESPLAS nous enseigna, comportant :

- une aponévrectomie "sélective" mais passant au-delà des lésions opératoirement constatées.

- la désarticulation du 5ème doigt dont la peau est utilisée à la confection d'un lambeau destiné à recouvrir une perte de substance palmaire liée à l'excision, à la demande, de la peau pathologique.

Nous pensons que plusieurs facteurs, isolés ou associés, déterminent son indication :

1°) la localisation de la maladie au 5ème doigt, car il ne saurait être question, sain, de le sacrifier au profit d'un autre doigt pathologique.

2°) une récidive post opératoire sur le 5ème rayon métacarpo-digital, entrainant une rétraction notable (à partir du stade II D ou III).

3°) dans les formes primitives, une sévère flexion métacarpo-phalangienne, inter-phalangienne proximale, l'hyperextension de la phalangette. Sûrement le stade IV D, probablement le IV, voire le III D relevant de cette opération.

.../...

4°) l'ancienneté de la lésion. Il est illusoire dans des formes avancées vieilles de nombreuses années d'espérer l'absence de facteur articulaire, voire osseux, s'opposant après fasciectomie à la réduction de la déformation.

5°) le caractère évolutif de la maladie : les formes avec déformations graves précoces étant de mauvais pronostic.

6°) l'état cutané, non seulement du 5ème doigt, mais aussi de la peau palmaire dans l'axe des autres doigts : une peau très pathologique, infiltrée, capitonnée, formant bloc avec la fibrose sous-jacente mérite d'être réséquée et couverte par un lambeau pris sur l'auriculaire dépouillé.

7°) les possibilités opératoires de redressement : quand les résection d'une corde palmaire et des brides latéro-digitales, notamment l'interne, n'amènent pas le redressement du doigt, il nous parait sage d'amputer. Il faut le faire si, comme le recommandent TUBIANA et THOMINE, une action sur la gaine fibreuse des fléchisseurs, les ligaments accessoires glénoïdiens, la partie proximale du fibro-cartillage glénoïdien a été vaine.

8°) le terrain : HUESTON insiste sur le mauvais pronostic chez le jeune, quand la maladie a un caractère familial, chez l'alcoolique, l'épileptique. Dans ces cas il faut une chirurgie large, complète. Chez le sujet âgé, il reconnait à l'amputation une plus courte convalescence. Il faut aussi tenir compte du terrain psychologique, évaluer l'aptitude du sujet à une rééducation d'autant plus difficile qu'une opération complexe ou compliquée aura nécessité une immobilisation stricte et longue.

9°) le milieu social, la profession : notre clientèle est humble, faite de travailleurs manuels à bas salaire, à qui il faut vite une main fonctionnelle. Car malgré nos lois sociales, une longue invalidité est un luxe non à la portée de nombreuses familles, les frais de longs traitements sont trop onéreux, un reclassement professionnel illusoire. Oter un doigt à l'avenir incertain, tout en simplifiant le traitement

.../...

des autres doigts atteints, est souvent la solution raisonnable chez des gens pour qui l'esthétique passe après la nécessité de survivre par son travail.

10°) les qualités de l'opérateur : l'exérèse de la peau pathologique et l'amputation d'un auriculaire en crochet apportent de grandes facilités opératoires. Un praticien de la chirurgie non spécialisé dans la chirurgie de la main y trouve son compte. Bien sûr on pourrait lui conseiller de s'abstenir et de confier son patient à un collègue spécialisé. Ce n'est pas toujours facile, pour le provincial, dont l'éloignement des grands centres pose à sa clientèle des problèmes matériels parfois insolubles s'il se récuse. De plus il existe un autre aspect dans le drame de l'omnipraticien isolé de la chirurgie, touchant à tout sans pouvoir, faute de pratique suffisante, y exceller : il est seul devant l'urgence. Ventres, thorax, membres, crânes parfois aussi, sans aide possible, il doit tout prendre en charge. Et agir conformément aux règles de l'art, sous peine d'être accablé par le consultant, l'expert, le magistrat aussi qui, plus tard, mais plus tard seulement, quand tout sera consommé, entreront en scène, la critique à la bouche, parfois l'injure. Si on lui conteste le droit d'oter un cancer de vessie, du colon ou de l'oesophage, d'oter un goitre, de faire une prothèse de hanche ou de disséquer une maladie de DUPUYTREN, comment saura-t-il faire face aux impératifs d'un ventre aigu, d'un polytraumatisé de la route, d'un accidenté du travail ? L'élargissement chaque jour accru de la pathologie et des techniques devrait faire remplacer l'homme par l'équipe. Mais tout s'y oppose, les intérêts personnels, l'impuissance où se trouvent les administrations à bouleverser les structures. Mais c'est là dangereusement sortir du cadre de ce modeste ouvrage.

°

° °

TECHNIQUE OPERATOIRE

L'intervention faite sous garot pneumatique comporte dans l'ordre :

- l'excision de la peau pathologique,
- l'aponévrectomie,
- la désarticulation et le dépouillement de l'auriculaire,
- la couverture cutanée.

Commencer par le dépouillement et la désarticulation du 5ème doigt faciliterait les manoeuvres, en supprimant la gêne qu'apporte un doigt fortement rétracté, mais cela entrainerait le sacrifice des pédicules vasculo-nerveux collatéraux palmaires, utiles à la viabilité et à la conservation de la sensibilité de la peau, spécialement de la face dorsale de la 2ème phalange dont on a besoin quand la résection cutanée palmaire est large.

De plus, dans les cas limites, on peut différer tout acte mutilant jusqu'à la constatation de la vanité de la fasciectomie même prolongée au doigt.

Dans ces cas nous pensons qu'il faut commencer par tracer la branche interne de l'incision ci-dessous proposée, suivant l'axe du 5ème rayon métacarpo-digital, ou au versant interne d'une corde du 5ème. Le décollement de la lèvre interne de cette incision expose les hypothénariens. A leur face antérieure court le pédicule collatéral interne du 5ème facilement suivi jusqu'à la métacarpo-phalangienne où il disparait sous le ligament palmant.

Plus en dedans on découvre la bride interne du 5ème dont on peut sans danger libérer la face interne, superficielle, jusqu'à l'I.P.P. Sa face profonde, externe, est suivie jusqu'au ligament palmant qu'on sectionne à son contact. Cela permet de dégager le collatéral interne, aisément suivi jusqu'à l'I.P.P. où il disparait sous l'insertion antérieure de la bride interne. La dissection de la face antérieure de

.../...

cette insertion, permet de retrouver, émergeant à son bord inférieur, le paquet collatéral interne qui devient superficiel. On peut alors sans risque couper le pont fibreux qui, au niveau de l'I.P.P. le recouvre et, à la 2ème phalange, le séparer du plan fibreux, respectant ses connexions avec le cellulo-graisseux sous cutané à la face profonde duquel il chemine.

Revenant à la M.P., on soulève l'arche interne, désinsérée, du ligament palmant, on coupe son expansion à la face antérieure de la M.P., dont on nettoie la partie externe: le paquet collatéral externe apparait à son versant externe, précroisant la bandelette digitale externe qui de postérieure lui devient externe. Il est facile de l'en isoler, ainsi que des fléchisseurs et de leur gaine fibreuse, au niveau de la 1ère phalange. Au niveau de l'I.P.P., il disparait sous les formations fibreuses. La section à la face antérieure de l'articulation de l'insertion de la bandelette externe le découvre sous son arche fibreuse, d'où il se dégage pour s'accoler au cellulo graisseux sous cutané. Dès lors les téguments, avec leur pannicule, peuvent être isolés sans danger du squelette ostéo-fibreux. La section est faite des insertions latérales sur l'I.P.P. et des expansions dorsales sur la 2ème phalange des bandelettes digitales.

Si le doigt se redresse totalement, le traitement conservateur est légitime. A moins que, par principe ou nécessité, l'excision de la peau palmaire pathologique impose le sacrifice du 5ème pour en récupérer la peau dorsale.

S'il reste fléchi, son sacrifice doit être consommé. La section des fléchisseurs et de leur gaine, une capsulotomie de l'I.P.P. et s'il le faut de la M.P., assurent le redressement du doigt qui facilite la poursuite de l'opération.

Après ce préambule, celle-ci comporte :

1°) le tracé cutané (fig. 1, 2, 3) qui combine :

- une incision interne, partant du talon de la main, médiane, puis descendant suivant le trajet des fléchisseurs du 5ème

doigt où elle est prolongée médiane jusqu'à la partie moyenne de la 2ème phalange où elle se bifurque pour circonscrire le doigt, dans un plan oblique en bas et en arrière, l'amenant latérale au niveau de l'I.P.D. et dorsale à la base de la 3ème phalange où elle doit rester sus-jacente à l'appareil unguéal. Lorsqu'existe une corde avec capiton cutané, elle est déportée en dedans de cette corde et, au doigt, le retour de l'incision restera à son versant externe assurant une excision de la peau palmaire infiltrée des deux phalanges proximales.

- une incision externe, branchée à angle aigu sur la précédente, circonscrit en dehors la peau pathologique puis, à la partie basse de la paume, s'infléchit en dedans et rejoint la précédente à la base de l'auriculaire. Elle nait plus ou moins haut et se déporte plus ou moins en dehors suivant l'étendue en hauteur et en largeur de l'infiltration cutanée.

- l'excision de la peau comprise en ces deux incisions, et le décollement des lambeaux externe et interne expose largement l'aponévrose palmaire moyenne.

- une incision digitale branchée sur la plaie d'excision est nécessaire à la résection des expansions digitales. Sur le médius et l'auriculaire, le meilleur tracé nous parait être en S palmaire, dont la branche inférieure répond à la plaie d'excision. En cas de rétraction prononcée du doigt, il doit largement déborder sur la 2ème phalange pour pouvoir suivre la bandelette latérale jusqu'à l'I.P.D.

- si l'index participe au processus une incision palmaire oblique en bas et en dedans expose les formations digitales. Prolongée en haut au bord externe de la paume elle permet le décollement du pont cutané qui la sépare de la zone d'excision cutanée. Ainsi peut être exposée la partie inféro-externe de l'aponévrose palmaire.

- une bride du pouce, loin d'être exceptionnelle, imposera une incision ondulée au bord radial du doigt. Ou bien une incision suivant la 1ère commissure qui, souvent rétractée, sera allongée par une plastie en Z.

.../...

2°) L'aponévrectomie : pensant non démontrée la supériorité d'une aponévrectomie totale, nous donnons notre préférence à une aponévrectomie sélective, à la demande des lésions qui doivent largement être extirpées. La section haute de l'aponévrose à son angle supérieur, le relèvement du lambeau fibreux permettent l'exposition des pédicules, l'identification des expansions sagittales que l'on isole et sectionne de haut en bas. A l'approche de la jonction palmo-digitale la connaissance exacte du "chiasma fibreux" de Jean GOSSET, où se mêlent les fibres longitudinales prétendineuses bifurquées, les cloisons de JUVARA et LEGUEU, le ligament palmant, les expansions digitales, de leurs rapports exacts avec les paquets collatéraux, est indispensable à l'opérateur pour identifier chaque formation, comprendre le trajet des vaisseaux et des nerfs, éviter les chausse-trapes d'intrications dont la logique n'apparait qu'à un observateur averti. Plus haut nous avons brièvement rappelé cette anatomie, que nous nous sommes efforcés de schématiser par un croquis, où la région est supposée exposée par les tracés utilisés dans un cas qui comporterait une atteinte limitée au 4ème et 5ème doigt (fig. 5).

Passé cette zone métacarpo-phalangienne dangereuse, l'isolement du pédicule collatéral palmaire et de la bandelette digitale latérale est facile jusqu'aux approches de l'I.P.P., où artère et nerf cheminent dans un tunnel fibreux formé par les insertions capsulaires de la bandelette digitale Franchi cet obstacle à nouveau leur séparation est facile jusqu'à l'I.P.D., jusqu'où on peut avoir à poursuivre la fasciectomie.

3°) Le dépouillement du 5ème doigt peut alors être effectué une fois les pédicules reconnus jusqu'à leur coupe, au niveau de l'I.P.D., par le tracé du lambeau. Celui-ci sera décollé des plans fibreux, en lui gardant tout son cellulo-graisseux, jusqu'aux abords de la métacarpo-phalangienne. Il est inutile, pour l'instant, d'aller plus haut. On peut aussi ne faire ce décollement qu'au moment où l'on termine la désarticulation du 5ème.

.../...

Se reportant à la paume, la section haute des fléchisseurs du 5ème permet la découverte du 5ème métacarpien. Il sera ruginé de haut en bas, sur ses 2/3 inférieurs, sur toute sa circonférence, puis sectionné à la pince de LISTON, en biseau oblique en bas et en dehors. Le fragment distal, saisi par un petit davier, sera soulevé et, au bistouri achevé d'être dégagé de ses attaches musculaires. De même sera libérée la métacarpo-phalangienne et sectionnés au niveau de la base de la 1ère phalange adducteur et court fléchisseur en dehors, interosseux et 4ème lombrical en dedans. Le doigt ne tient plus que par l'extenseur, qui est sectionné audessus de la métacarpo-phalangienne, et la molle attache du cellulo-graisseux dorsal, qui aisèment se rompt, achevant la libération tégumentaire.

Cette désarticulation "rétrograde", que DESPLAS pratiquait, a l'avantage de limiter au maximum le traumatisme subi par les téguments dorsaux.

4°) Reste à rabattre sur la paume excisée le grand lambeau obtenu par le dépouillement du doigt et à le retailler à la mesure de la plaie. Existe toujours un large excès de peau qui lui permet d'être assez confortable pour éviter toute tension des sutures. Son tracé sera arrondi et son pédicule gardé large.

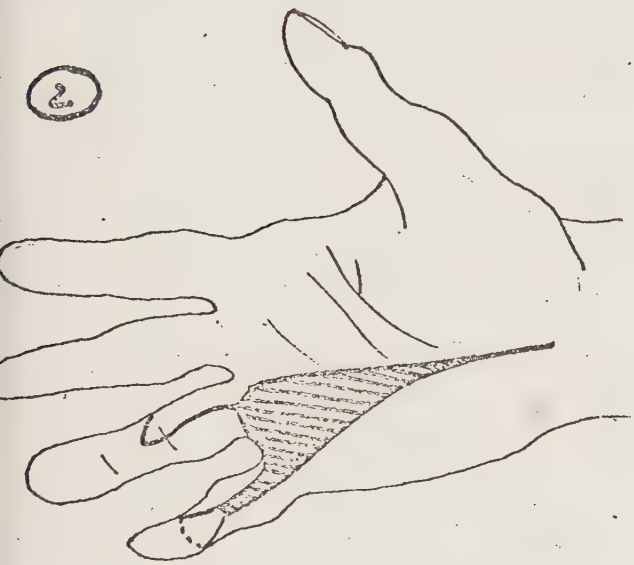
Un drainage aspiratif, par un petit drain de Redon perforant la peau hypothénarienne saine est indiqué chaque fois que l'hémostase n'est pas absolument parfaite. La main est entourée d'un gros pansement doigts à demi-fléchis.

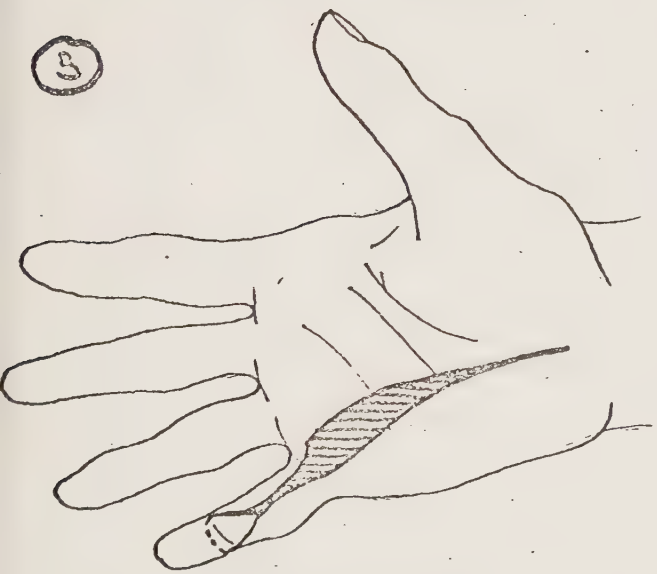
Au 3ème, 4ème jour, le pansement est refait pour oter le drain, évacuer un possible hématome et libérer les doigts aussitôt mobilisés avec douceur, activement et passivement.

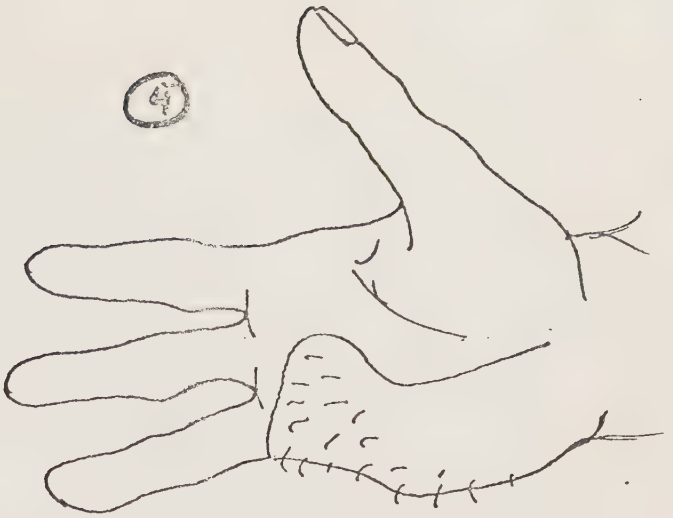
Une couverture antibiotique systématique est utile.

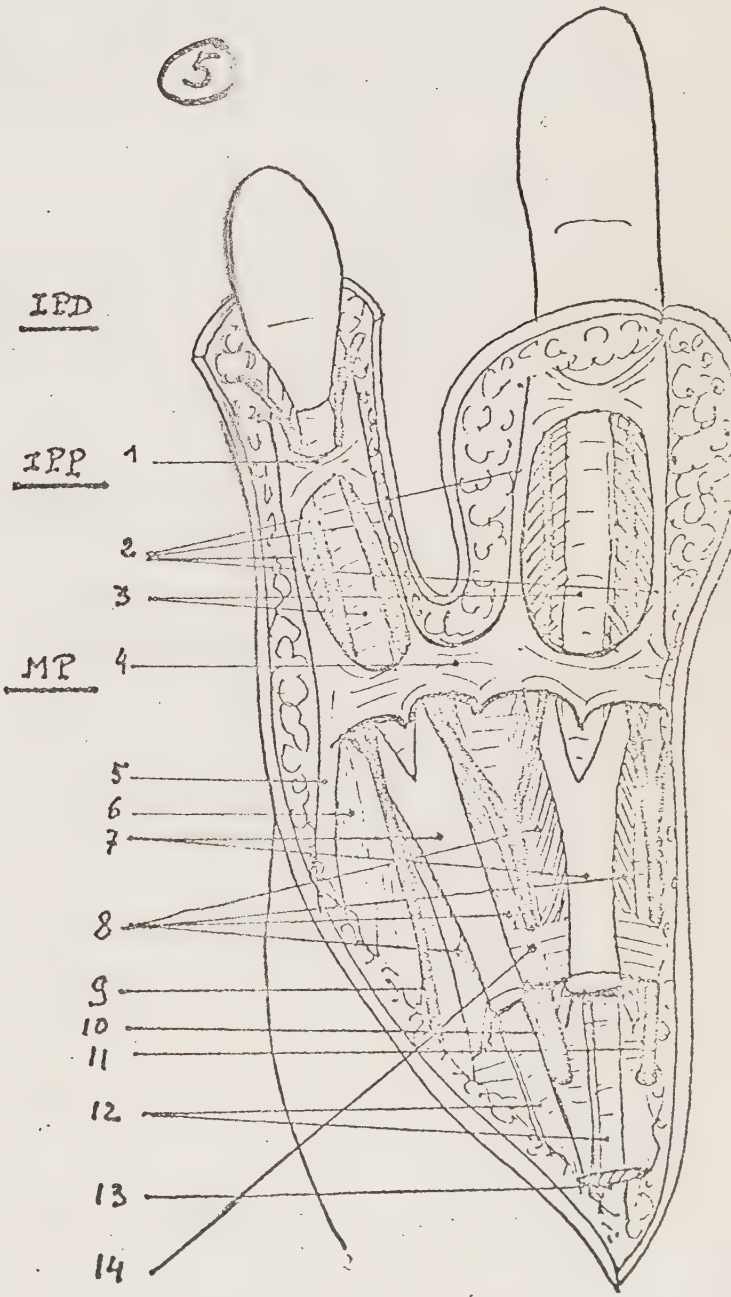
Nous prescrivons systématiquement du Plastenan et volontiers soumettons précocement les cicatrices à une ionisation iode-iodurée.

1


2


3


4


5
IPD
IPP
1
2
3
MP
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

L E G E N D E

- Figures 1 - 2 - 3 : tracé des incisions cutanées en fonction de l'étendue des lésions.

- Figure 4 : l'aspect d'une main opérée.

- Figure 5 : schémas des formations fibreuses au niveau des 4ème et 5ème doigts et leur rapport avec les paquets vasculo-nerveux (représentés par souci de simplification par un simple trait gras), exposées par les incisions opératoires.

1°) insertion antérieure sur l'I.P.P. des lames latéro-digitales
2°) lames latéro-digitales
3°) tendons fléchisseurs dans leur gaine
4°) ligament palmant interdigital
5°) bride interne de l'auriculaire
6°) adducteur du 5ème
7°) bandelettes pré-tendineuses
8°) cloisons sagittales de JUVARA et LEGUEU
9°) paquet collatéral interne du 5ème
10°) paquet digital du 4ème espace
11°) paquet digital du 3ème espace
12°) tendons fléchisseurs apparaissant par une brèche de l'aponévrose palmaire moyenne
13°) tranche supérieure de section de l'aponévrose palmaire moyenne
14°) fibres transversales de l'aponévrose palmaire moyenne.

NOTRE EXPERIENCE

Elle est courte, puisqu'elle ne porte que sur 13 opérations faites chez 8 malades. Nous n'aurons pas l'audace d'en tirer des conclusions, tout au plus des suggestions.

Sur 8 patients, 6 avaient une forme bilatérale. 5 ont été opérés des deux côtés. C'étaient des formes graves, invétérées, lentement évolutives, sauf un cas où existait une aggravation rapide, récente, douloureuse.

Toutes présentaient une forte rétraction du 5ème doigt, avec important capiton cutané. Elle était associée :

- 2 fois à la prise d'un seul autre doigt (une fois le 4ème, une fois le 3ème)
- 1 fois à la prise de deux doigts (3ème et 4ème)
- 5 fois à la prise des trois autres doigts
- 4 fois à la prise des trois autres doigts et du pouce.

La fasciectomie fut étendue, ou totale.

Une des interventions porta sur la récidive précoce d'une rétraction des 4ème et 5ème après intervention conservatrice.

Nous n'eûmes pas à noter d'incident per-opératoire.

Par contre des incidents post-opératoires furent fréquents : nous déplorâmes 3 hématomes aseptiques, sur des plaies non drainées. Deux fois ils s'accompagnèrent d'une nécrose marginale limitée de la peau qui, une troisième fois, survint isolément. Cette dévitalisation cutanée n'affecta jamais le lambeau issu du 5ème doigt dépouillé, mais les bords d'un débridement horizontal au talon antérieur de la main, branché sur l'excision cutanée. Cela motiva, dans nos

.../...

derniers cas, l'abandon de toute incision horizontale et nous amena à proposer les tracès définis plus haut.

Deux petites désunions des sutures, l'une à la paume, l'autre au pouce et deux raideurs articulaires prolongées ayant finalement rétrocédé à la rééducation s'ajoutent à ces complications précoces.

Celles-ci ne semblèrent pas entacher le résultat final, à notre connaissance 11 fois bon ou convenable.

Nous déplorâmes trois récidives. L'une affecta un cas associant une bride serrée du 5ème, une corde du 3ème légèrement fléchi, un simple épaississement des fibres longitudinales en regard du 4ème, sur qui ne furent pas ôtées les lames digitales jugées saines. La récidive constatée 7 ans plus tard affectait ce 4ème doigt, fortement fléchi par une grosse corde digitale interne. On peut imputer cette récidive à une insuffisance en hauteur de la fasciectomie (OBS. N° II). L'autre (OBS. III), affecta une forme nodulaire sur un territoire aponévrotique laissé en place au cours d'une aponévrectomie sélective. On peut imputer une insuffisance en largeur de la fasciectomie. Cependant, dans ce cas, le résultat fonctionnel est bon.

De même il est très bon dans le troisième cas (OBS. V) où un nodule fusiforme haut placé de la paume n'altère pas la fonction du doigt. Nous avons noté qu'il siège sur une zone où l'aponévrose a été réséquée, mais non la peau, et qu'il s'arrête aux limites du lambeau dorsal rabattu après désarticulation de V.

Ces résultats, vu la gravité des cas, seraient excellents si le recul que nous possédons était plus long. On sait combien sont optimistes les statistiques à court terme, pessimistes celles à long terme. Néanmoins nous pensons favorable le sacrifice du doigt le plus gravement atteint, où, plus fréquentes sont les récidives, et le remplacement d'une peau pathologique par un tégument sain.

.../...

Quant à la mutilation subie, fonctionnellement elle est légère. Certes se trouve diminuée, par rapport à une main saine, la force de préhension, mais le trouble est modeste, même chez le travailleur "lourd". La nouvelle peau n'a évidemment pas les qualités de tact et de résistance d'une peau palmaire normale. Cependant, sa souplesse et sa sensibilité conservées lui donnent une valeur acceptable.

Esthétiquement le résultat est médiocre (Fig. 4). La désarticulation d'un doigt extrême peut donner une main à quatre doigts, qui n'est pas laide. Mais dans le cas présent la peau dorsale recouvrant la partie inféro-interne de la paume est mince et poilue. Elle forme une zone dépressive et velue tranchant avec le reste de la paume, spécialement avec l'éminence hypothénar qui, par contraste, semble boursouflée. Mais il s'agit d'une opération fonctionnelle, chez des manuels ne pouvant se permettre le luxe de soucis morphologiques. Vu dans cette optique, elle nous parait être une bonne opération.

OBSERVATIONS

OBS. I - L. GONZALES 62 ans.

Main gauche, lentement évolutive, associant ; sur le 5ème, stade IV DH, nodule palmaire face à IV, corde en Y sur III (stade II) et II (stade III).

Le 27 juillet 1960 ; Excision cutanée plus incision digitale interne sur II et externe sur III. Aponévrectomie totale (avec résection des lames digitales de II et III). Capsulotomie antérieure sur l'I.P.P. de II. Désarticulation du 5ème avec moitié distale du métacarpien. Couverture palmaire par la peau du 5ème, nécessité d'une greffe de peau totale sur la 1ère phalange de l'index.

Cicatrication per-primaire.

Raideur post opératoire prolongée sur l'index. Bon résultat après 3 ans.

.../...

OBS. II - V... Paul 44 ans.

Forme bilatérale ancienne.

1°) à droite : corde sur V (stade IV) et IV (stade IV), nodule sur III, bride et nodule sur le pouce.

31 juillet 1962 : opération conservatrice, par incision palmaire en L. Capsulotomie sur les I.P.P. de III et IV. Récidive en greffe sur le 5ème.

2°) A gauche : corde sur 5 (stade IV), nodule avec capiton sur III, épaississement des fibres longitudinales et expansions sagittales sur IV.

16 juillet 1963 : Aponévrectomie sélective, laissant l'aponévrose en regard de II et les expansions digitales, jugées saines de 4. Excision cutanée palmaire. Ablation du 5ème et de la moitié de son métacarpien.

Récidive sur le IVème doigt, sous forme d'une corde digitale interne. Réintervention le 22 juillet 1970.

OBS. III - B... Serge 38 ans.

Forme bilatérale apparue 3 ans plus tôt. A droite gros nodule de la paume, sans rétraction, en regard de IV et V. Abstention. A gauche : corde en Y du 5ème (stade IV DH) et du IV (stade II). Gros capiton cutané.

19 janvier 1966 : Excision cutanée. Aponévrectomie sélective sur les axes IV et V, avec incision latérale interne sur IV. Amputation du 5ème et moitié destale de son métacarpien. 1 drain de Redon.

Cicatrisation acquise au 10ème jour.

En janvier 1971 : du côté gauche opéré le résultat est bon : extension complète des doigts, sauf du IV discrètement fléchi (20°) dans la métacarpo-phalangienne. Mais existent deux nodules, l'un sur III, l'autre au pouce, survenant sur des zones où l'aponévrose n'avait pas été otée. Tous sont apparus brusquement, chacun en une nuit dit le patient, et depuis n'évoluant plus.

.../...

Du côté droit, importante évolution, également par poussées. Le nodule sur IV et V est devenu une corde en Y fléchissant fortement V (stade IV) et à un moindre degré IV (stade III) avec un gros capiton cutané. Existent aussi une fine bride avec nodule, sans rétraction, en regard de III, et un nodule à la base du pouce. Une bride interne de V est constatée à l'opération.

26 janvier 1967 : Aponévrectomie totale à la paume digitale sur IV - avec résection cutanée, incision en Z à la face palmaire des deux premières phalanges de IV, oblique à la 1ère phalange de II, prolongée le long de la 1ère commissure. Cette incision crée, avec la zone d'excision, un lambeau en pont - Désarticulation de V, utilisation de la peau dorsale pour combler la perte de substance cutanée palmaire. Un drain de Redon.

OBS. IV - B... Gaston 40 ans.

Forme bilatérale et symétrique, vieille de 4 ans, rapidement évolutive depuis quelques mois, avec douleurs. Notion d'hérédité (mère).

Puissante corde en Y de V (stade IV DH) et de IV (stade III), gros nodule en avant de II et III, très important capiton cutané. Puissante bride au pouce, allant du talon de la main à l'inter-phalangienne, avec flexion de la M.P. à 20°, à gauche de l'I.P. à 30° (à droite perte de la 2ème phalange du pouce et de la 3ème du médius à la suite d'un traumatisme).

29 juin 1967 : opération à gauche : excision peau palmaire, aponévrectomie totale à la paume, résection expansion digitale sur IV par incision interne, désarticulation du 5ème. Résection bride pouce par incision interne et plastie en Z de la 1ère commissure.

9 janvier 1968 : opération identique à droite.

Bon résultat en décembre 1970. A noter légère induration palmaire résiduelle à droite.

.../...

OBS. V - L... Raymond 60 ans.

Main gauche. Corde du 5ème (stade IV D), nodule en regard du IIIème, capiton cutané important.

17 janvier 1968 : Excision cutanée, aponévrectomie sélective par incision transversale, laissant l'aponévrose de II, ne touchant pas aux brides digitales. Désarticulation de V.

Petite désunion sur le débridement horizontal, raideur notable Vaincue par 2 mois de rééducation.

Revu le 26 janvier 1971 : Le résultat fonctionnel est bon - l'extension des doigts restant totale.

Mais on note une récidive, à la partie supérieure de la paume, dans l'alignement de IV. A cet endroit l'aponévrose avait été otée. Mais la peau conservée. Le nodule, fusiforme, s'arrête très précisément au niveau de la peau fournie par le lambeau dorsal de V désarticulé, sous laquelle n'existe pas de récidive palpable.

OBS. VI - L... Louis 64 ans.

Ancien tuberculeux pulmonaire. Ethylique. Epileptique.

Forme bilatérale ancienne aggravée ces derniers mois.

1°) A gauche. Grosse corde sur V (stade IV DH) et IV (stade IV), nodule en regard de III et II. Capiton cutané important.

Excision cutanée, débridement transversal au talon antérieur, aponévrectomie totale à la paume ; sur IV incision palmaire médiane, résection lames latérales jusqu'à l'I.P.D. Capsulotomie antérieure sur l'I.P.P. inopérante. Constatation

.../...

d'une subluxation rendue irréductible par des déformations osseuses ; sillon transversal creusé sur la tête de P1, où s'encastre le bord antérieur de la base de P2, dont le bord postérieur est érodé. On préfère à l'arthrodèse une désarticulation du doigt au niveau de l'I.P.P.

Hématome aseptique, petite nécrose du débridement transversal, cicatrisation par seconde intention. 8 mois plus tard : petite induration cicatricielle résiduelle à ce niveau.

2°) à droite : corde sur V (stade IV DH) et IV (stade III) corde sans rétraction sur III, petit nodule sur II. Très important capiton.

19 juin 1968 : Excision cutanée, débridement transversal, désarticulation du 5ème. Fasciectomie palmaire totale enlevant de puissantes cloisons sagittales et ligament palmant très épaissi. On note une fibrose de l'aponévrose profonde qui ébauche une rétraction "en main d'accoucheur". Par contre les expansions digitales semblent intactes.

Hématome aseptique. Nécrose marginale du débridement transversal. Légère rétraction résiduelle au 3ème mois.

OBS. VII - C... Robert 55 ans.

Forme bilatérale ancienne.

1°) A droite : corde sur V (stade IV D) et de IV (stade III D) où il existe une forte corde latérale interne sur les 2 phalanges proximales. Induration nodulaire sur III, linéaire sur II. Capiton important.

27 août 1968 : Excision cutanée large, débridement horizontal,

.../...

incision cutanée interne sur IV, désarticulation V, aponévrectomie palmaire totale, digitale sur IV.

Nécrose linéaire marginale du débridement horizontal. Cicatrisation par seconde intention.

Excellent résultat en décembre 1970.

2°) A gauche. Bride de l'index, sous peau saine, prolongée par corde externe jusqu'à l'I.P.P., légère flexion (stade II). Nodule sur le médius. Corde sur III, avec 2 puissantes expansions digitales sur l'I.P.P., prolongées par une expansion dorsale sur P2, stade II. V Stade IV DH du seul fait d'une corde interne prolongeant l'adducteur. Fort capiton cutané.

29 octobre 1968.: Aponévrectomie palmaire totale, extirpation des brides de II et IV par excision cutanée prolongée par incision palmaire en Z sur les deux premières phalanges de IV ; contre-incision externe sur II prolongée à la partie basse de la paume avec décollement en pont. Désarticulation du Vème et de la moitié distale de son métacarpien.

Excellent résultat en décembre 1970.

OBS. VIII - F... Georges 49 ans.

Forme bilatérale ancienne.

1°) A droite : grosse corde en Y de V (stade IVD) et de IV (stade IV) avec expansion digitale prolongée jusque sur P2. Nodules sur II et III. Corde sans rétraction du pouce, allant du ligament annulaire à la face interne de la P. Ph. Fort capiton.

.../...

4 octobre 1968. Aponévrectomie totale à la paume, résection bride IV et pouce par excision cutanée en regard de III - IV et V, incision en Z palmaire sur P1 et P2 de IV. La bride du pouce peut être otée par un décollement du lambeau externe. Désarticulation du 5ème avec la moitié de son métacarpien.

Petit hématome aseptique.

Très bon résultat en décembre 1970.

2°) A gauche : Forme grave intéressant les 5 doigts, par 2 cordes :

- une externe en Y pour le pouce et l'index, avec rétraction de la 1ère commissure.
- une interne, très épaisse, avec puissantes brides digitales sur III (stade II) IV (stade IV) V (stade IV D). Rétraction en main creuse par le ligament palmant infiltré.

30 novembre 1968. : Aponévrectomie totale, par incision en T d'où partent des incisions latérales externes sur les doigts. Nécessité d'une rupture capsulaire pour obtenir leur redressement.

Récidive précoce sous forme d'un gros bloc fibreux noyant peau, plans fibreux, paquets vasculo-nerveux, avec flexion de III, IV et V identiques à l'état primitif.

25 mars 1969 : Excision cutanée et fibreuse à la paume, palmaire en S sur III et IV. Désarticulation du Vème. On parvient à un redressement complet des métacarpo-phalangiennes. Les I.P.P. restent fléchies à 20°. Couverture cutanée par la peau du Vème.

Résultat convenable en décembre 1970.

BIBLIOGRAPHIE

N'ayant pas cherché à faire oeuvre d'érudition, nous avons borné nos lectures à :

1°) les travaux de DESPLAS :

- DESPLAS et MEILLIERE "Le traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren" - Monde médical n° 814 - 1931.
- DESPLAS et MEILLIERE "Société de chirurgie" 2 mars 1931.
- DESPLAS et TOSTIVINT "A propos de 150 cas de maladie de Dupuytren" Mém. Ac. Chirurgie tome 71, page 273, octobre 1945.
- TOSTIVINT R. "Contribution à l'étude de la maladie de Dupuytren" Thèse Paris 13 juin 1944, n° 282, 63.

2°) des ouvrages didactiques.

- GUILLEMINET et PICAULT "Maladie de Dupuytren" Encyclopédie Médico-Chirurgicale. APP. LOC. fas. 15490 A 10, 9 1961.
- ISELIN Marc "Chirurgie de la Main, Livre du Chirurgien" Masson et Cie, Paris 1955.

3°) l'étude de J. GOSSET "Maladie de Dupuytren et anatomie des aponévroses palmo-digitales. Ann. Chir. Mai 1967. 21 n° 9, 10, 554-565.

4°) la remarquable brochure publiée sous les auspices du Groupe d'Etude de la Main : "Maladie de Dupuytren", l'Expansion Scientifique Française, Paris 1966.

Aucun travail postérieur ne nous semble avoir apporté d'élément nouveau à ce problème particulier du sacrifice du 5ème doigt et il nous parait inutile de reproduire les titres particulièrement nombreux des publications concernant la maladie.

C O N C L U S I O N S

Nous rappelant l'enseignement de DESPLAS, nous proposons une intervention réglée d'aponévrectomie palmaire sélective, associée à une excision de la peau pathologique et à la désarticulation de l'auriculaire dont la peau dépouillée assure la couverture tegumentaire.

Cette intervention nous parait justifiée dans les formes graves de la maladie de DUPUYTREN avec déformations irréductibles de l'auriculaire.

L'excision de la peau atteinte donne un bon jour sur les lésions aponévrotiques, évite les complications cutanées et peut-être les récidives.

Bien vascularisée et innervée, la peau de remplacement est fonctionnellement valable.

Cette opération nous parait particulièrement indiquée chez le manuel où la fonction prime la forme.

Ses résultats, sur une courte série, semblent encourageants.